

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DE CONTROL INTERNO
LEY 1474 DE 2011
E.S.E. HOSPITAL PSQUIATRICO SAN CAMILO

ASESOR DE CONTROL INTERNO	EMIRO MARTINEZ GUTIERREZ	Período evaluado: del 12 de Noviembre de 2015 al 12 de Marzo de 2016
		Fecha de elaboración: Marzo 12 de 2016

INTRODUCCION

En pro del fundamento de Autocontrol, se evalúo el estado de implementación del Sistema de Control Interno - SCI, bajo el modelo MECI del cual se identifica la condición y estado de los componentes y elementos del SCI, compuesto por la estructura del MECI, teniendo en cuenta que la E.S.E Hospital Psiquiátrico san camilo mediante la resolución número 210 del 25 de Septiembre de 2015 adoptó los documentos esenciales de la actualización del Sistema de Control Interno MECI 1000:2014.

El presente informe, se desarrolla de acuerdo a la estructura de los respectivos módulos que integran el modelo MECI.

1. MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

Este módulo se estructura en tres componentes: Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Administración de Riesgos.

1.1 Componente de Talento Humano:

La E.S.E, socializo los principios y valores adoptados, los cuales están contenidos en la Plataforma estratégica, durante este periodo mediante folletos en las diferentes áreas y puestos de trabajo.

En lo relacionado con el Desarrollo de Talento Humano, se socializó la política institucional del Talento Humano, se ejecutó el plan institucional de capacitación para la vigencia 2015, que contenía actividades de inducción y re inducción; así mismo se ejecutó el programa de Bienestar Social estímulos e incentivos; los cuales ya están formulados para la vigencia 2016.

En lo relacionado con el desempeño de los servidores de carrera se aplicaron las evaluaciones del desempeño de la vigencia 2015 y se concertaron las respectivas para la vigencia 2016.

1.2 Componente Direccionamiento Estratégico:

En lo relacionado con el elemento Planes, programas y proyectos, La Alta Dirección ha gestionado lineamientos para fortalecer el Sistema de Control Interno, en los criterios de la estructura del MECI 1000:2014, se ejecutó el plan de trabajo de mejora, Igualmente se ejecutó el plan de acción de la vigencia, el cual alcanzó una gestión del 100%; en lo relacionado con el Sistema Obligatorio de la Garantía de Calidad de Salud, se continua la gestión en los componentes que lo estructuran, especialmente con la habilitación de los servicios y el proyecto de acreditación de la E.S.E.

La E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo mantiene su gestión en el cumplimiento de la plataforma estratégica adoptada, que integra: Misión, Visión, objetivos Institucionales, principios, valores, políticas y el Modelo de Operación por Procesos, que muestra la interrelación y articulación entre los procesos en los diferentes niveles estratégicos, misionales, de apoyo y de evaluación y seguimiento, este último fue modificado y en la actualidad se tiene un Modelo de Operación en el que se pasó de 21 procesos, ahora a 30 procesos los cuales operan de la siguiente manera: Procesos estratégicos (Gestión Estratégica, Gestión del Desarrollo institucional, Sistemas Integrados de Gestión), procesos Misionales (Consulta Externa, Urgencias, Hospitalización Agudos, Hospitalización Crónicos, Clínica de Farmacodependencia, Hospital de Día, Terapia Ocupacional, trabajo Social, Laboratorio Clínico, Servicio Farmacéutico, Referencia y Contra referencia, Electroencefalografía Laboratorio de sueño, Sistema de Información y Atención al Usuario, Gestión de Convenios Docencia – Servicio, Promoción y Prevención), Procesos de Apoyo (Gestión de Talento Humano, Gestión de la Tecnología, Comunicaciones, Gestión Jurídica, Almacén, Gestión Financiera, Mantenimiento, Apoyo Logístico, Sistemas, Gestión Documental), procesos de evaluación y seguimiento (control interno, auditoría para la prestación de servicios de salud), estos aún se encuentran en etapa de documentación en lo que hace referencia a sus respectivos complementos por procesos, como procedimientos, indicadores, Mapas de Riesgo, Normograma, controles en los procedimientos, en especial para los nuevos procesos del nuevo modelo de operación, que se enfoca en el portafolio de servicios actualizado, dentro del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.

El mapa de Operación por Procesos esta soportado por las caracterizaciones de los procesos y procedimientos, indicadores y riesgos, elementos que en la actualidad dentro del diagnóstico MECI 2014 y el Plan de Trabajo de mejora definido continúan en actualización y mejora por parte del equipo del proceso Sistemas Integrados y los respectivos referentes de proceso, teniendo presente que este se incrementó en 9 procesos, al anterior propuesto en el plan de trabajo de actualización.

En relación con los indicadores de gestión, se presentan los que permiten evaluar la gestión Institucional de la ESE, en el Plan de Gestión de Gerencia y observar la situación y tendencias de cambio y los requeridos de Ley, estos han sido evaluados en cumplimiento de la normatividad vigente; en lo relacionado con los indicadores de proceso, aun no se tienen en su totalidad, por el cambio del modelo, lo cual no permite desarrollar una medición en enfoque de gestión por procesos, teniendo en cuenta que se encuentran en construcción y actualización en algunos procesos.

La E.S.E, cuenta con Políticas de Operación generales, adoptadas y socializadas dentro de la plataforma estratégica, estas se enmarcan en: política talento humano, política atención centrada en el usuario, política de seguridad del paciente, política de humanización, política responsabilidad social, política gestión integral HSEQ, Política de Gestión de Tecnología, política de Seguridad de la Información, y política de gestión del riesgo, las cuales aplican a nivel Institucional; desde la Gerencia, se está socializando el Código de Buen Gobierno que oriente y trascienda la filosofía del servicio y gestión institucional.

Se realizó el Comité Coordinador de Control Interno, en las condiciones reguladas por el Hospital.

1.3 Componente de Administración del Riesgo:

En lo relacionado con este componente, se aplicó la guía metodológica del Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFF y lo establecido por la secretaría de transparencia en lo referente a mapas de riesgo de corrupción, con la que se encuentran en proceso de revisión y actualización los mapas de riesgos de los procesos.

Teniendo en cuenta que los procesos, se encuentran en mejoramiento, revisión y aprobación, al igual se evidencia que ya los nuevos procedimientos que se formulan cuentan con puntos de control, lo cual se requiere para proceder con la formulación de los mapas de riesgos por procesos, que para la vigencia 2015 la gestión fue de bajo nivel; en el curso de la presente vigencia 2016, se tienen ya formulados los mapas de riesgo de 15 de los 30 procesos.

2. MODULO DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO

2.1. Componente de Autoevaluación Institucional:

Se desarrollaron y aplicaron evaluaciones de la gestión, por parte de la gerencia y los responsables de actividades del plan de acción (POA), mediante el uso de un aplicativo Excel como tablero de control de indicadores que evaluaba el plan de acción de la vigencia y plan de gestión de la Gerencia, sin embargo el nivel de cultura de autoevaluación continua siendo bajo, este se refleja en el desconocimiento de la aplicación del concepto, la falta de indicadores para los procesos, que permitan a los líderes, responsables medir la eficiencia, eficacia y efectividad de estos, el cual incluye informes de gestión, resultados de encuestas sobre percepción del cliente interno y externo.

En lo relacionado con El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud – SOGCS, se aplicó la evaluación de estándares de acreditación, de las cuales se realizó informe y cuyos resultados requieren la formulación de planes de mejora.

Se realizó el seguimiento a la gestión del plan anticorrupción, al plan de mejoramiento Institucional, a la gestión de las PQR's del II semestre de 2015, el Sistema de Control Interno Contable y se evaluó el Sistema de Control Interno.

Así como también se presentó la autoevaluación de los servicios habilitados en el REPS.

2.2 Componente de Auditoría Interna:

Se formuló y ejecutó el programa de auditorías para la vigencia 2015, mediante un procedimiento de auditorías que se documentó para el proceso, del cual se realizó, la auditoria al sistema de contratación del Hospital, el Sistema de Gestión de Calidad, el proceso de Talento Humano, al proceso Gestión del Desarrollo Institucional y Gestión Estratégica; aplicando los lineamientos del Manual de Control que se documentó como producto MECI.

En lo relacionado con los lineamientos de auditoria, seguimiento, evaluación que aplican al sector en el que la institución realiza su objeto social, el sector salud, se está ejecutando el PAMEC, se continúan realizando las respectivas auditorias médicas establecidas y requeridas dentro de la prestación de servicios de Salud. Al igual se atendió la auditoria de la Contraloría General de Santander a la vigencia 2015.

2.3 Componente Plan de Mejoramiento:

La E.S.E, en la actualidad presenta planes de mejoramiento producto de las Evaluaciones a los estándares de acreditación, los cuales se encuentran en gestión y en la auditoría externa (Contraloría Departamental), este último se formuló en el mes de Noviembre, al plan de mejoramiento institucional suscrito con la Contraloría en la vigencia anterior se le ha hecho seguimiento por parte de Control Interno, de lo cual se observa que de 24 hallazgos, 18 se encuentran cumplidos, quedando 6 aún en gestión para el cumplimiento y aún están vigentes para su cumplimiento.

En lo relacionado con planes de mejoramiento por procesos, se tiene la formulación de los planes de mejoramiento de los procesos auditados en la vigencia 2015. Quedando pendiente la formulación de los planes de mejoramiento de la última evaluación de estándares de acreditación.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION

La Información y comunicación se gestiona con la política de tecnologías y mecanismos de captura, procesamiento y generación de datos, que atiendan las necesidades de divulgación de información de la ciudadanía y de las partes interesadas.

3.1 Información y Comunicación Externa

El proceso SIAU, mantiene su función como elemento de comunicación externa, que permite capturar la Información y Comunicación que proviene o es generada por los stakeholders del servicio, a través del cual la E.S.E consolida la satisfacción y sus necesidades, este proceso aplica mecanismos de recepción, registro y da solución a las PQRSD, al igual aplica la encuesta de satisfacción.

En lo relacionado con la estrategia de Gobierno en Línea, se encuentra parcialmente publicada en Web, la información mínima requerida en el Manual Técnico Versión 3.1 de Gobierno en Línea, así como la publicación de la información requerida por la Ley de Transparencia, sin embargo se dispone del link de PQR y buzón de sugerencias, que permiten acceso de la comunidad con la entidad en línea, en complemento al proceso SIAU, que permite este mecanismo personalmente.

La disposición del componente de Rendición de Cuentas y atención al ciudadano contenidos en el plan anticorrupción 2015, permitió el acceso a la información a las partes interesadas.

3.2 Información y comunicación Interna

La E.S.E, en este elemento, desarrollo los respectivos comités de las dependencias, que permiten la participación y manifestación de las solicitudes de los servidores de los diferentes niveles.

En lo relacionado con la Gestión Documental, se tienen las Tablas de Retención Documental, las cuales ya se implementaron en cada dependencia, con operación del sistema de información parametrizado que apoya la gestión documental, y se mantiene la operación de la ventanilla única; también se documentó el manual de Gestión documental.

Las comunicaciones institucionales, se realizan a través de mecanismos internos definidos producto de la operación, como lo son comunicación escrita, correos electrónicos, carteleras; no se tienen identificadas las fuentes de información internas y externas, los cuales no son de fácil acceso y uso por todos los niveles organizacionales y jerárquicos de la entidad, al igual no se terminado la documentación del Manual de Información y comunicación, que comprende todos los productos MECI 2014 de este eje.

3.3 Sistemas de Información y Comunicación

La E.S.E, mantiene la implementación del sistema de información, que permite la gestión del proceso documental, el cual sistematizo la ventanilla única, en el registro, radicación y reparto de la correspondencia, este administra la gestión de las Tablas de Retención Documental; igualmente se tiene el sistema de información financiera, que integra presupuesto, facturación, rips, tesorería y contabilidad y el sistema de información del reportes de indicadores del SIAU.

Se dispone de la página web institucional, que presenta nueva imagen, actualizada en sus contenidos; sin embargo la información institucional que corresponde a los lineamientos establecidos en el manual 3.1 de Gobierno en línea, se encuentra parcialmente, así como la de los parámetros de la Ley 1712 de Transparencia de la Información.

Se dispone de un punto de información de atención a la ciudadanía, al igual que líneas de atención telefónica para la prestación del servicio, y se tienen amplios, adecuados espacios y horarios de visita de pacientes. Ya se cuenta con un servicio publicado en el portal de información nacional de trámites y servicios.

CONCLUSIÓN

La ESE HOSPITAL PSIQUIATRICO SAN CAMILO a la fecha del presente informe, se encuentra mejorando el Sistema de Control Interno, estructurado bajo los lineamientos del Modelo MECI 1000:2014, el cual ya se adoptó bajo la Resolución Interna 210 de 2015 con sus documentos esenciales, esto orientado por el diagnóstico y plan de trabajo ejecutado de los productos requeridos para la implementación, mantenimiento, adherencia y mejora de los elementos del nuevo modelo, sin embargo quedando aún pendiente el desarrollo de algunos de los productos definidos como: Documentación del Modelo de Operación(caracterizaciones - procedimientos), Mapas de Riesgos de Los Procesos, Indicadores de Gestión, Manual de Información y comunicación, Normograma.

RECOMENDACIONES

Finalizar las caracterizaciones de los procesos y la documentación de los procedimientos.

Formular la totalidad de los mapas de riesgo de los procesos y adelantar la gestión de los respectivos planes de manejo.

Formular y medir los indicadores de proceso en todos los procesos.

Formular el plan anticorrupción de acuerdo a los lineamientos establecidos en la nueva metodología.

Realizar análisis de la evaluación de la percepción de la satisfacción del cliente.

Formular los planes de mejoramiento de la última evaluación de estándares de acreditación.

Gestionar el cumplimiento de las acciones de mejora de los planes de mejoramiento vigentes.

Continuar aplicando los lineamientos de la Estrategia de Gobierno en Línea y los parámetros de la Ley 1712.

Finalizar la documentación del manual de información y comunicación institucional

Actualizar el normograma de cada proceso y consolidarlo.

EMIRO MARTINEZ GUTIERREZ
ASESOR DE CONTROL INTERNO
Contratista